

飯田市立病院 セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来での相談を申し込みます。

令和 年 月 日 相談者 氏 名

患者さんの <small>(ふりがな)</small> 氏名 ・ 性別	() 様 (男 ・ 女)
患者さんの生年月日 (年齢)	(明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 (歳)
患者さんのご住所・連絡先	〒
*平日日中(8:30~17:00)連絡可能な連絡先に☑してください。	<input type="checkbox"/> TEL: — — <input type="checkbox"/> 携帯電話: — — <input type="checkbox"/> FAX: — —
ご相談者氏名	ご本人 ・ ご家族 (続柄)
ご相談者のご住所・連絡先	〒
*ご相談者が患者さんご本人ではない場合のみご記入ください。	
*平日日中(8:30~17:00)連絡可能な連絡先に☑してください。	<input type="checkbox"/> TEL: — — <input type="checkbox"/> 携帯電話: — — <input type="checkbox"/> FAX: — —
ご都合の悪い日	
疾患名	#1 #2 #3
ご相談の具体的な内容	
*ご自由にお書きください。(特に聞きたい点、相談したい点は、必ずお書きください。) *用紙不足の場合には別紙でも結構です。	
現在おかけの医療機関と主治医	医療機関名 : 診療科 : 主治医名 :

※必ず、ご相談者本人がご記入ください。

*あらかじめ、主治医に、紹介状の作成及びできる限りの検査資料の貸し出しをご依頼ください。

*料金は30分まで11,000円、以降30分毎に5,500円(消費税込み)加算されます。全額自費で健康保険は適用されません。

*ご相談日はご希望に添えないことがありますので、ご了承下さい。

飯田市立病院 地域医療連携課 地域医療連携係

〒395-8502 飯田市八幡町438番地

TEL : 0265-21-1255 (代表)

FAX : 0265-21-1229 (直通)